

*Er is de laatste jaren een toename van psychische problematiek en van het zorggebruik onder jeugdigen. Dorine Slaats-Willemse benadrukt dat het inzetten van de kennis en expertise van de klinisch neuropsycholoog onontbeerlijk is voor doeltreffende jeugdhulpverlening en passend onderwijs. ‘Of het nu gaat om ernstige psychische problemen en hersenaandoeningen, of om het voorkómen van het vastlopen in de maatschappij, een betere kruisbestuiving tussen de wetenschap en de klinische praktijk is noodzakelijk.’*

# OVER PREVENTIE VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN BIJ KINDEREN EN DE ROL VAN DE KLINISCH NEUROPSYCHOLOOG JONG LEREN

**D**e klinische neuropsychologie is een jong vakgebied. In 2004 startte de eerste opleiding tot klinisch neuropsycholoog, met prof. dr. Hanna Swaab als hoofdopleider. In 2008 is de klinische neuropsychologie wettelijk erkend als tweede specialisme van de gezondheidszorgpsychologie naast de klinische psychologie, en opgenomen in artikel 14 van de Wet BIG ([www.bigregister.nl](http://www.bigregister.nl); van Meersbergen et al., (2012); Van Drunen (2011)). Inmiddels zijn de klinisch psycholoog en klinisch neuropsycholoog als specialist gepositioneerd tussen de diverse medisch specialisten binnen de somatische en geestelijke gezondheidszorg, als gelijkgestelde beroepsbeoefenaar.

De klinisch neuropsycholoog wordt in het beroepsprofiel beschreven als specialist op het terrein van de gevolgen van diverse hersenaandoeningen. Het takenpakket van de klinisch neuropsycholoog is breed, en spitst zich toe op vier terreinen (De klinisch neuropsycholoog. Beroepsprofiel, 2015):

- diagnostiek en indicatiestelling;
- behandeling, inclusief psychotherapie;
- wetenschappelijk onderzoek en zorginnovatie;
- beleid en management.

Dit is een enorm pakket en klinkt als jongleren, en dat is het ook. Toch pleit ik ervoor dat we er nog een taak aan toevoegen: preventie. Maar daarover later meer.

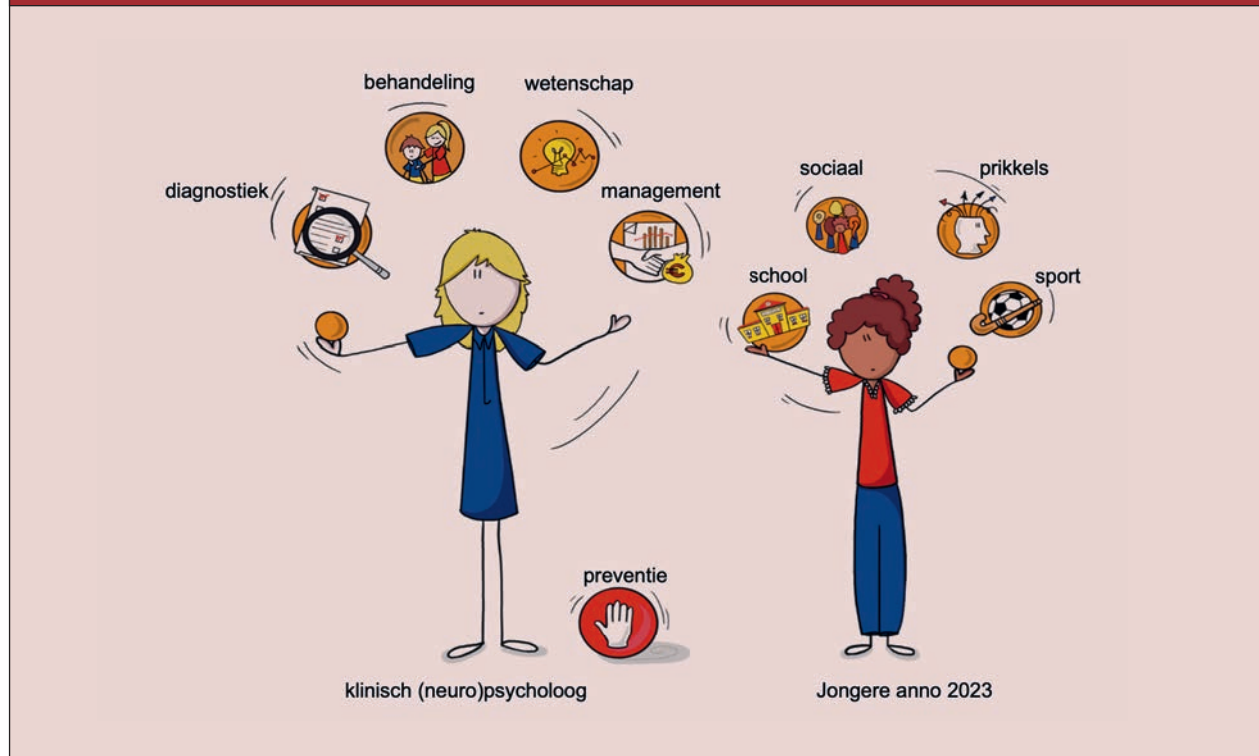
De kracht van deze schijnbaar op zich staande taken van de klinisch neuropsycholoog zit in de onderlinge verbinding. De kruisbestuiving tussen de wetenschap en de klinische praktijk is de gamechanger voor betere jeugdzorg, voor beter onderwijs en maatschappelijke verandering.

## DRIE FACTOREN

Verandering is hard nodig nu wachtlijsten voor de jeugd-ggz onacceptabel lang zijn, de zorgkosten de pan uitrijzen (*Binnenlands Bestuur*, 2022) en het onderwijs onder druk staat. Om de urgentie te schetsen eerst wat cijfers. Twintig jaar geleden kreeg 1 op de 27 kinderen en jongeren jeugdzorg, nu is dat 1 op de 10 volgens de meest recente cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS; 2022). De vraag is of er dan ook een toename van psychische problemen is onder jongeren? Of maken we sneller gebruik van het aanbod?

Onderzoek naar het welzijn van kinderen en jongeren in Nederland laat de laatste jaren een sterke stijging zien in emotionele- en gedragsproblematiek onder de jeugd. In het voortgezet onderwijs ervaart bijna de helft van de jongens en

FIGUUR 1. JONGLEREN: HET TAKENPAKKET VAN DE KLINISCH NEUROPSYCHOLOOG EN HET 'TAKENPAKKET' VAN DE JEUGD ANNO 2023. ILLUSTRATIE DOOR MAYK IT VISUAL (2023).



## De kruisbestuiving tussen de wetenschap en de klinische praktijk is de gamechanger voor betere jeugdzorg, voor beter onderwijs en maatschappelijke verandering

maar liefst 70 procent van de meisjes vaker dan één keer per week slaapproblemen, een ongelukkig gevoel of psychisch gerelateerde lichamelijke klachten, zoals hoofdpijn en buikpijn, blijktens het HBSC-rapport (HBSC, *Health Behaviour in School-aged Children*, Boer et al., 2022). De Inspectie gezondheidszorg en jeugd rapporteerde in 2021 dat de problematiek bij jongeren groter en ernstiger wordt. Dan hebben we het over toegenomen gedragsproblematiek, middelenafhankelijkheid, eetstoornissen en suïcidaliteit (IGJ, 2021). Er zijn meerdere factoren die een rol spelen in de toename van problematiek en het zorggebruik. Drie factoren, door het

Nederlands Jeugdinstituut gerapporteerd, worden hieronder beschreven (NJI, 2019; 2023). Die laten zien dat er nog veel werk aan de winkel is.

**VERANDERINGEN IN DE MAATSCHAPPIJ** Ten eerste de veranderingen in de maatschappij. We zijn, met ons allen, nogal aan het jongleren met prestatiedruk op het gebied van opleiding, werk, sport, en op sociaal vlak. Technologische ontwikkelingen, waaronder sociale media, spelen hier een belangrijke rol in. Het beeld dat wij zien en overdragen aan onze kinderen: alles kan sneller, beter en is mooier bij de

buren. Slagen en falen is maakbaar; wat niet goed gaat, willen we repareren. Dus de lat ligt hoog, evenals de norm voor geluk. De toegenomen prestatiedruk en huidige individualistische maatschappij leiden tot hogere jeugdzorgconsumptie. Ligt de schuldvraag bij de ouders? Nee, die ligt bij de samenleving in zijn geheel; debet zijn de huidige tijdgeest en het zorg- en onderwijssysteem.

Ik zie uit naar een samenleving waarin de focus niet alleen gericht is op risicofactoren maar ook op beschermende factoren, waarin de verantwoordelijkheid niet alleen bij het individu en de ouders ligt, maar ook bij beleidsmakers en bestuurders van bedrijven. Een maatschappij waarin we kinderen tijd en ruimte geven en leren grenzen te verkenen, zonder direct over eigen grenzen of die van een ander heen te gaan. Dit is een proces van jaren met veranderingen in het zorg- en onderwijsstelsel, en een focus op preventie.

**TRAGE IMPLEMENTATIE** Hier kom ik bij de tweede factor die een rol speelt bij de toename in het jeugdzorggebruik: de implementatie van effectieve preventiemiddelen verloopt te traag, terwijl de verwachtingen op dit vlak hoog zijn. Het aantal initiatieven stijgt, dat is goed nieuws. De integratie van verschillende interventies en de systematische implementatie zijn echter nog onvoldoende.

Nu is het niet realistisch om te denken dat preventie de jeugd-ggz overbodig maakt, zeker niet, maar het huidige stuwmeer voor de toegangspoorten van de ggz moet zijn terug te dringen.

**FINANCIËN** Dan als derde de financiën. Veranderingen moeten plaatsvinden, terwijl de gemeente al kampt met financiële tekorten voor de jeugdzorg. Meer geld is nodig om de toegenomen jeugdhulpvragen te kunnen beantwoorden.

Anderzijds is het risico van extra geld dat het de groei in stand houdt. Ander beleid en betere triage zijn nodig. De domeinen zorg en onderwijs moeten beter geïntegreerd worden en de budgetten moeten worden samengevoegd. Ervaringen uit de praktijk en kennis vanuit nationaal en internationaal onderzoek moeten we gebruiken om tot een geïntegreerde visie te komen op een gezonde ontwikkeling van de jeugd.

### SPREEKKAMER

Maar eerst neem ik u mee naar mijn spreekkamer, naar het werk van de klinisch neuropsycholoog in de gespecialiseerde zorg bij kinderen met ernstige psychische problematiek.

Voor mij zit Thomas (10), een jongen zoals er zovelen

aangemeld worden bij de jeugd-ggz. Thomas zit onrustig schuifelend, onderuitgezakt, en goed verpakt in zijn hoodie voor me. Hij ziet er moe uit. Zijn mimiek is weinig sprekend en ik zie geen lichtjes in zijn ogen, eerder angst. Thomas heeft al op twee verschillende scholen gezeten, maar gaat nu niet meer naar school, hij is een thuiszitter. En dat is vreemd want hij was als kleuter voorlijk, zoals dat heet. Hij kon al snel lezen en maakte een pientere indruk. Daarom is hij versneld naar groep drie gegaan. Maar Thomas was, en is, ook een onrustige, beweeglijke jongen met een korte aandachtspanne. Sociaal gezien slaat hij de plank vaak mis; hij heeft weinig vrienden. Thomas houdt niet van voetbal, wel van gamen, veel, heel veel gamen. Daar kan hij ook urenlang tot in de kleinste technische details over vertellen, dat vinden maar weinig kinderen dan nog interessant.

Thomas is bekend in de ggz. Er is gesproken over ADHD, een angststoornis, depressie, autisme, game-verslaving en hoogbegaafdheid, maar geen enkele aparte classificatie bleek 'dekkend'. Diverse behandelingen in de zorg en ondersteunings- en verrijkingsprogramma's op school hebben enigszins geholpen, maar niet afdoende. En nu zit Thomas thuis, met een gedrukte stemming en forse slaapproblemen. Hij komt de dag moeilijk door. Het gezin is ontregeld en de ouders zijn overbelast.

Thomas is nooit eerder uitgebreid (neuro)psychologisch onderzocht, niet voordat hij versneld naar groep 3 ging en niet toen hij in de ggz belandde. Nooit is met een brede blik gekeken naar het intellectueel, neurocognitief en sociaal-emotioneel functioneren. Had dit uitgemaakt? Ja, zonder twijfel.

Dit leert ons namelijk de dagelijkse klinische praktijk. In de nauwe samenwerking tussen de neuropsychologie en kinderpsychiatrie zien we dagelijks de meerwaarde van een sterkte-zwakteanalyse op basis van uitgebreid neuropsychologisch testonderzoek. Het geeft een brede blik op de problematiek van het kind in zijn of haar context (Rommelse et al., 2022).

Objectieve metingen van neurocognitieve, sociaal-cognitieve en emotionele vaardigheden maken het mogelijk een theorie op te stellen die helpt in het verklaren en oplossen van de problematiek. Dit doen we door de testgegevens te integreren met informatie over de ontwikkeling, het systeem, de relaties, het gedrag en helpende en hinderende factoren uit de omgeving. Een dergelijk sterkte-zwakte-profiel geeft inzicht. Ouders zeggen vaak: 'Nu snap ik mijn kind'. Dit is een belangrijke voorwaarde voor acceptatie van de problematiek door kind en ouders én het vertrekpunt voor behandeling.

## In de nauwe samenwerking tussen de neuropsychologie en kinderpsychiatrie zien we dagelijks de meerwaarde van een sterkte-zwakteanalyse op basis van uitgebreid neuropsychologisch testonderzoek

Terug naar Thomas. Het brede neuropsychologisch onderzoek dat we bij hem hebben afgenomen, toont dat hij inderdaad een slimme jongen is, dat wil zeggen heel slimme kanten heeft. Hij is talig erg sterk en kan goed redeneren. Hij wil graag goed presteren en heeft een drive om nieuwe kennis te vergaren. Zijn inzicht en overzicht over grotere opdrachten en dagelijkse situaties zijn echter veel minder goed ontwikkeld. Hij blijft hangen in details en ziet het grotere geheel niet. Daarbij komt dat zijn vaardigheden op het gebied van het volhouden van de aandacht te wensen overlaten. Hij kan een korte tijd focussen op wat hij interessant vindt, ICT en techniek, maar haakt snel af als hij niet doorziet wat hij moet doen qua schoolwerk. Het is voorstelbaar dat hij nooit een goede leerhouding heeft aangeleerd; hij was en is slim genoeg om eenvoudige leerstof te snappen, maar hij heeft kort gezegd geen mentaal en fysiek zitvees ontwikkeld om moeilijkere leeropdrachten te overzien en systematisch aan te pakken. Sociaal gezien is Thomas trouw maar hij heeft weinig sociale souplesse. Ook speelt de detailgerichtheid en vluchtigheid hem parten; hij overziet het sociale spel niet en zijn emotionele huishouding is beperkt. De discrepanties in zijn profiel zijn dus erg groot. Thomas groeit op in een liefdevol gezin waar de lat hoog ligt; zijn vader is hoogopgeleid, werkt hard en kampt met burn-outklachten, moeder is minder hoog opgeleid en werkt ook veel. Thomas voelt zich verantwoordelijk voor zijn jongere zusjes, een mooie eigenschap maar ook een valkuil. De verschillende scholen die Thomas bezocht, kampten zoals zoveel scholen tegenwoordig met onderbezetting en konden Thomas niet de extra ondersteuning bieden die hij nodig had. Ze waren handelingsverlegen zoals dat heet.

Het brede neuropsychologisch onderzoek geeft in samenhang met het verhaal van Thomas inzicht in hoe hij denkt, leert en zich gedraagt. En hoe dit in zijn specifieke omgeving heeft kunnen leiden tot het vastlopen. De kans op schooluitval was kleiner geweest als eerder inzicht was

verkregen in zijn neurocognitieve profiel en hij op basis van dit profiel hulp op maat had gekregen maar het is niet gebeurd. Thuiszitten is funest voor kinderen; dat schaadt hun sociale en cognitieve ontwikkeling. Hoe langer een kind thuiszit, hoe ingewikkelder de terugkeer naar school (NJI, 2020).

### TRANSDIAGNOSTISCH WERKEN

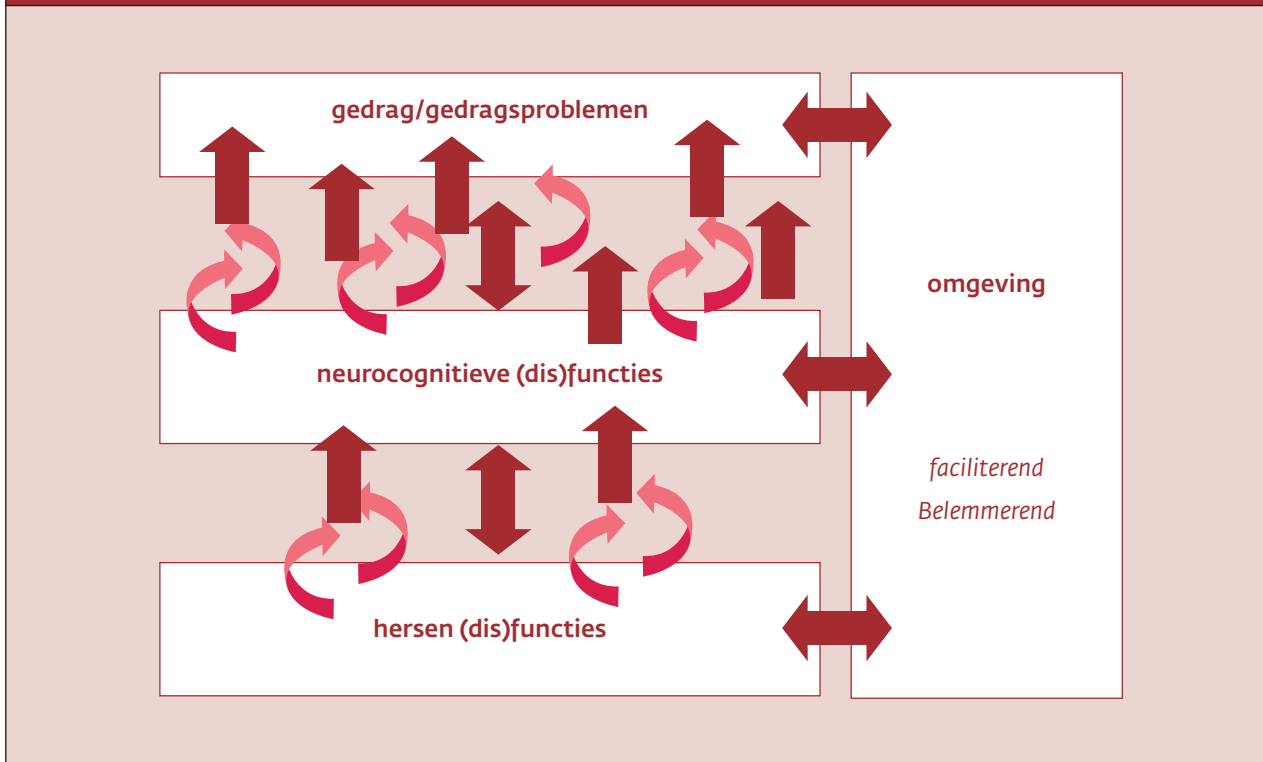
De vraag is of het vaststellen van een psychiatrische stoornis, dus het classificeren volgens de *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), helpend is, en of deze classificatie dan leidend moet zijn in de aanpak. Een DSM-classificatie (APA, 2014) ofwel een label, zoals autisme, kan in mijn ogen erkenning en herkenning opleveren voor het kind en zijn omgeving. Het kan ook in wetenschappelijk onderzoek richting geven. Maar het kan eveneens stigmatiserend zijn en de schijn wekken dat je hiermee een verklaring biedt voor het disfunctioneren, wat helemaal niet zo is.

Meer helpend is een breder perspectief op het kind in zijn context, waarin zwaktes maar ook sterktes worden gewogen – in het licht van interacties met de omgeving – met een insteek richting normalisatie en vertrouwen op eigen kracht. Deze visie wint terrein in de psychologie en psychiatrie door bewegingen zoals de Nieuwe GGZ, die staat voor een meer menselijke maat van hulp bieden en samenwerken in de ggz middels de invoer van een nieuw ecosysteem voor de mentale gezondheid (Van Spronsen & Van Os, 2021).

Deze visie propageert onder meer transdiagnostisch werken. Dat betekent kort gezegd dat achter de diverse stoornissen gemeenschappelijke factoren schuil gaan. In de transdiagnostische benadering komt de focus meer te liggen op de onderliggende gemeenschappelijke psychologische processen in plaats van op de verschillende uitingen daarvan of classificaties (Heycop et al., 2014; Heycop et al., 2017).

Transdiagnostisch werken sluit aan bij het Research Domain Criteria (RDoC)-systeem, een theoretisch raamwerk

FIGUUR 2. HET NEUROPSYCHOLOGISCH DENKMODEL (SWAAB ET AL., 2013; 2016)



dat de mechanismen onderliggend aan psychopathologie in kaart brengt op acht verschillende analyseniveaus waaronder genetisch- en gedragsniveau, aan de hand van domeinen waaronder neurocognitie (Insel et al., 2010). Anders gezegd: we kijken wat gedetailleerder onder de motorkap. Misschien zit er een draadje los of is niet één onderdeel kapot, maar moet een aantal onderdelen beter afgesteld worden op wat er op dit moment van deze motor gevraagd wordt.

Het transdiagnostisch denken sluit naadloos aan bij het klinisch neuropsychologisch redeneren dat gebaseerd is op het hersen-gedragmodel (Swaab et al., 2016; Kessels et al., 2017). Dit model veronderstelt dat een samenspel van verschillende neurocognitieve functies en aanleg- en omgevingsfactoren onderliggend is aan het gedrag. Neurocognitieve functies zijn bijvoorbeeld taal, concentratie en emotieregulatie. Interacties van hersenfuncties maken het neurocognitief functioneren mogelijk. En door de wisselwerking met de omgeving, is er sprake van ontwikkeling. Aanleg- en omgevingsfactoren zoals de gezinssituatie en onderwijs kunnen helpend of hinderend zijn. Er is dus niet

sprake van een een-op-eenrelatie, maar van een complex samenspel van neurobiologie, neurocognitie, gedrag en omgeving (zie figuur 2).

**DENKKRACHT** Terug naar de transdiagnostische benadering waarin achter verschillende stoornissen gemeenschappelijke factoren schuilgaan. Zowel ADHD als autisme worden bijvoorbeeld gekenmerkt door een zwakker functioneren van de prefrontale cortex (Berg et al., 2023). En verstoringen in de emotieregulatie, concentratie en slaap kunnen voorkomen bij ADHD, maar ook bij autisme, game-verslaving, een angststoornis en depressie.

Alle bovengenoemde verstoringen en stoornissen komen terug in het narratief van Thomas. De problemen die Thomas ervaart in het dagelijks leven en leren zijn dus niet zo gemakkelijk te vatten in diagnostische categorieën. En dan zijn andere belangrijke transdiagnostische factoren, zoals zelfbeeld en systemische context, hier zelfs nog buiten beschouwing gelaten om het eenvoudig te houden.

Duidelijk wordt dat diagnostiek en behandeling waarin

## Beter inzicht in onderliggende neurocognitieve processen in relatie tot lichamelijke- en omgevingsfactoren draagt bij aan een beter begrip van de problematiek van het kind in zijn context

de nadruk ligt op de verschillende onderliggende processen recht doet aan de complexe dynamiek van het kind in zijn omgeving. Vanuit deze overtuiging hebben Marcel Schoot en ik in 2016 Denkkraft, centrum voor neuropsychologische expertise opgericht: beter inzicht in onderliggende neurocognitieve processen in relatie tot lichamelijke en omgevingsfactoren draagt bij aan een beter begrip van de problematiek van het kind in zijn context.

**TIJDMACHINE** Weer terug naar Thomas. Met de tijdmachine gaan we terug in het leven van Thomas, naar toen hij 5,5 jaar was. Hij is net versneld naar groep 3 gegaan. Hij heeft een goede woordenschat en kan al lezen.

Zijn werkhouding is echter wat minder. Als hij zelfstan-

dig een werkje moet doen, zit hij regelmatig omgedraaid op zijn stoel en praat door de instructie van de leerkracht heen. Werkjes maakt hij snel af, soms is het helemaal goed, soms vol met fouten en slordigheden. De leerkracht is bezorgd over zijn wisselende resultaten en onrustige gedrag, maar Thomas laat ook goede vaardigheden zien en komt slim over. In groep 3 en 4 neemt het onrustige gedrag echter eerder toe dan af. Thuis ontploft Thomas vaak; zijn ouders hebben hun handen vol aan bijsturen en rust brengen.

De vraag is of Thomas op deze leeftijd breed neuropsychologisch onderzocht had moeten worden. Ja en nee. Ja, omdat met een brede blik op zijn neurocognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling waarschijnlijk aan het licht gekomen was dat Thomas niet in de volle breedte voorliep in zijn ontwikkeling, maar slechts gedeeltelijk. En ja, dat hij baat gehad zou hebben bij uitdaging op bepaalde schoolvakken. Maar ook: dat hij ondersteuning nodig had op het gebied van de concentratie en het reguleren van zijn werkhouding en emoties.

Maar er is ook een 'nee'. Dit vanwege het feit dat Thomas op vijfjarige leeftijd iets anders gegund was, niet zo zeer testonderzoek, maar een interventie, binnen de muren van de school. Een preventieve interventie, gericht op het versterken van vaardigheden. Vaardigheden die nodig zijn om het leren, denken en doen beter te kunnen sturen. Dit voert terug naar het thema preventie. Wat als Thomas in groep 3 had geleerd zijn emoties, cognities en gedrag beter te sturen? Was hij dan niet vastgelopen, niet in de ggz terecht gekomen en geen thuiszitter geworden?

### DETAILS PLONS

De interventie PLONS gaat over een pinguïn die niet kan stoppen met plonzen en vaak wegdroomt. De uitdagingen die PLONS heeft in het leven, geven de jonge leerlingen inzicht in hun gedrag en bevordert de motivatie om zelfregulatievaardigheden te oefenen. PLONS is een oefenprogramma met zes sessies voor de leerling. De onderwerpen van de sessies zijn: 1) Stoppen van gedrag en starten nieuwe taak, 2) Richten van de aandacht, 3) Afleiding weerstaan en uitstellen impulsen tijdens het werk, 4) Concentreren, 5) Evalueren, en 6) Omgaan met stress en emoties.

PLONS is er voor alle kinderen, ongeacht de sociaal economische status en afkomst. De interventie wordt binnen de muren van het basisonderwijs aangeboden en draagt op die manier bij aan kansgelijkheid en een inclusieve samenleving. Deze interventie is het resultaat van een nauwe samenwerking tussen de neuropsychologie (Denkkraft) en het onderwijs (SWV Stroomland Nijmegen).

De ontwikkeling van PLONS is mede mogelijk gemaakt door financiering van stichting Nunc en Stichting Futur 21. PLONS is gratis te downloaden ([www.denkkraft.com](http://www.denkkraft.com)). Vanwege het belang dat Denkkraft hecht aan preventie en de verbinding tussen onderwijs en zorg, stelt dit neuropsychologisch expertisecentrum PLONS gratis ter beschikking van het onderwijs.

FIGUUR 3. HET KLINISCH NEUROPSYCHOLOGISCH DENKMODEL IN DE PRAKTIJK: GEDRAG VAN EEN KIND WORDT BEPAALD DOOR VOORTDURENDE INTERACTIE TUSSEN GEDRAGSKENMERKEN, COGNITIEF FUNCTIONEREN, HERSENFUNCTIENEREN EN EXTERNE/OMGEVINGSFACTOREN. GEBASEERD OP HET NEUROPSYCHOLOGISCH DENKMODEL SWAAB ET AL., 2016). ILLUSTRATIE MAYK IT VISUAL (2023).



**PLONS** Uiteraard is dit post hoc niet met zekerheid te stellen, maar gebaseerd op jarenlange praktijkervaring ben ik ervan overtuigd dat het hem sterker en weerbaarder had gemaakt. Een dergelijke interventie was er niet toen Thomas vijf jaar was. Maar nu wel. Op 12 mei 2023 is vanuit Denkkracht de interventie **PLONS** gelanceerd, een ondersteuningsprogramma voor jonge kinderen op de basisschool ter preventie van schooluitval en psychische problemen. **PLONS** staat voor preventieve leerlingondersteuning op basis van neuropsychologisch specialisme (zie de box voor meer details). **PLONS** is ontwikkeld voor leerlingen met zwakke zelfregulatievaardigheden in groep 3/4 van het regulier basisonderwijs. Zelfregulatie wordt verschillend gedefinieerd, maar wordt algemeen erkend als een multidimensionaal concept dat samenhangt met cognitie, emotie en gedrag (McClelland et al., 2010). Een zwakke zelfregulatie is aan de buitenkant zichtbaar als onrustig en emotioneel onregelgedrag of dromerigheid.

Zelfregulatie-processen hangen samen met het functioneren van de prefrontale cortex in relatie tot andere hersengebieden en netwerken die worden gerelateerd aan de neurocognitieve controlefuncties ofwel drie kern-executieve

functies werkgeheugen, inhibitievermogen en cognitieve flexibiliteit (Cameron Ponitz et al., 2009). De rationale van de methodiek is gebaseerd op onderzoek dat aantoonde dat elke afzonderlijke executieve functie bijdraagt aan het leervermogen van het kind en het omgaan met nieuwe situaties. En belangrijker nog: de integratie en generalisatie van deze executieve functies is bepalend voor het functioneren op school en in het dagelijks leven (Diamond, 2013; Blair & Raver, 2015; McClelland en Cameron, 2012).

Behalve met leerlingvaardigheden helpt **PLONS** ook de leerkracht met een passende afstemming op het zelfregulatieniveau van de leerling. Aanpassing van de omgeving op het kind lijkt minstens zo belangrijk. Ook worden ouders actief betrokken met speelse oefeningen voor thuis. Zo wordt gewerkt in de driehoek kind-ouders-school waardoor het geleerde eerder beklijft en generaliseert naar andere situaties (Daamen, 2017; Smit et al., 2007).

Uitgangspunt bij de interventie is: 'Wat een kind alleen kan, is het huidige ontwikkelingsniveau en wat het kind kan met hulp van een ander is zijn potentiële ontwikkelingsniveau', ook wel bekend als de theorie van de 'zone van de



naaste ontwikkeling' van Lev Vygotsky (Vygotsky, 1978; Berk & Winsler, 1995). In PLONS wordt deze theorie uitgebreid met het *Teaching Through Interaction*-principe, waarin de leerling meer steun ondervindt door het samendoen (Downer et al., 2010). In de metafoor van het jongleren, zijn de ouder en leerkracht cruciaal in het helpen om alle ballen in de lucht te houden. De leraar en ouder jongleren zelf ook. Maar omdat zij meer competent zijn, kunnen zij voordoen hoe ze alle ballen in de lucht houden, af en toe een bal opvangen om deze vervolgens weer het kind toe te werpen.

Vanuit de wetenschappelijke literatuur zijn er aanwijzingen dat ondersteuning van een achterblijvende zelfregulatie op jonge leeftijd, problemen op latere leeftijd kan voorkomen. Zo beschrijft Johnson (2012) dat een goede zelfregulatie een beschermende factor kan zijn voor het ontwikkelen van leer- en psychiatrische problematiek. Vergunst et al. (2019) tonen aan dat concentratieproblemen in de kleuterleeftijd voorspellend zijn voor sociaal-emotionele uitkomsten op latere leeftijd. Beide studies onderschrijven de hypothese dat wanneer zelfregulatievaardigheden zich niet goed ontwikkelen op jonge leeftijd, de kans groot is dat er op latere leeftijd leer- en/of gedragsproblemen ontstaan waarvoor extra ondersteuning nodig is.

## PREVENTIE

Nog eenmaal keer stappen we met Thomas in de tijdmachine. We gaan ver vooruit naar de jongvolwassenheid. Thomas is negentien jaar. Met vallen en opstaan en met hulp vanuit de ggz is hij door de puberteit gekomen. Na een doublure op de middelbare school is hij erin geslaagd zijn havo-diploma te halen. Thomas heeft geleerd om door te zetten, maar zijn stemming blijft kwetsbaar en zijn gedrag is beïnvloedbaar. Hij is onder de vleugels van zijn ouders vandaan, en volgt de opleiding hbo-ict. Zijn opleiding sluit aan bij zijn interesse maar biedt hem weinig structuur en geeft aanleiding om mee te gaan in alle verleidingen die het studentenleven biedt. Hij herkent zich in de 51% van de studenten die psychische klachten ervaart, blijkens de landelijke Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs van het RIVM, het Trimbos-instituut en GGD GHOR Nederland (2022). Van de studenten is 17% meer gaan drinken in de afgelopen jaren en 8% gebruikt meer drugs. De toename lijkt gerelateerd aan de opgelegde beperkingen in de coronaperiode, maar nog meer aan de toenemende sociale- en prestatiedruk.

Preventie begint bij bewustwording. En preventie moet zich richten op verschillende doelgroepen, leeftijdsfasen, en

verschillende stadia van gezondheid en ziekte (RIVM, Trimbos en GGD GHOR Nederland, 2022). Voor de klinisch psycholoog en klinisch neuropsycholoog zijn diverse rollen weggelegd in het werkveld van preventie. In het geval van Primaire preventie, dus het voorkómen van ziekten in de algemene bevolking, is voor de psycholoog-specialist een adviserende rol weggelegd. Bijvoorbeeld door kennis te delen over een gezonde sociaal-emotionele en neurocognitieve ontwikkeling, voor toepassing in lifestyle-projecten. In de Secundaire preventie kun je denken aan neuropsychologische screening bij risicogroepen in het kader van vroegdetectie. Of aan interventies bij beginnende gedrags- en leerproblemen zoals PLONS.

Tot slot de Tertiaire preventie, dat wil zeggen maatregelen om te voorkomen dat de problematiek of chronische ziekte opnieuw de kop opsteekt. De psycholoog-specialist kan hier een rol spelen in bijvoorbeeld terugvalpreventie bij hersenletsel of depressie. Op basis van bovenstaande pleit ik voor aanpassing van de beroepsprofielen van de klinisch psycholoog en klinisch neuropsycholoog. In de huidige profielen ontbreken vroegdetectie en preventie in het takenpakket. De psycholoog-specialist wordt dan naast behandelaar, manager, wetenschapper en innovator ook preventie-expert. Alle ballen in de lucht... als een kundig jongleur!

## OVER DE AUTEUR

Dorine Slaats-Willemse is klinisch neuropsycholoog, directeur behandelingen van Denkkraft, en senior-onderzoeker en praktijkop-leider voor de opleiding tot klinisch neuropsycholoog bij Karakter. Per 1 april 2022 is zij benoemd tot bijzonder hoogleraar klinische kinderneuropsychologie aan de Faculteit Gedrags- en Bewegingswetenschappen van de Vrije Universiteit (VU) Amsterdam. Deze leerstoel is ingesteld door Stichting WKK in samenspraak met het NIP. De leeropdracht is als volgt geformuleerd: de wetenschappelijke ontwikkeling van de specialistische, klinisch psychologische en klinisch neuropsychologische beroepsbeoefening, in het bijzonder de klinische kinderneuropsychologie.

Dit artikel is een lichte bewerking van haar oratie die de auteur uitsprak bij de aanvaarding van haar leerstoel op 12 mei 2023.

E-mail: d.slaats@denkkraft.com.

# Literatuur

- APA (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM5)*. [Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition]. Amsterdam: Boom. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Berg LM, Gurr C, Leyhausen J, Seelemeyer H, Bletsch A, Schaefer T, Pretzsch CM, Oakley B, Loth E, Floris DL, Buitelaar JK, Beckmann CF, Banaschewski T, Charman T, Jones EJH, Tillmann J, Chatham CH, Bourgeron T; EU-AIMS LEAP Group; Murphy DG, Ecker C. The neuro-anatomical substrates of autism and ADHD and their link to putative genomic underpinnings. *Mol Autism*. 2023 Oct 4;14(1):36.
- Berk, L. E. & Winsler, A. (1995). *Scaffolding Children's Learning: Vygotsky and Early Childhood Education*. Washington, p. 25.
- Besluit gezondheidszorgpsycholoog. Besluit van 17 maart 1998, houdende regels inzake de opleiding tot en de deskundigheid van de gezondheidszorgpsycholoog. <http://wetten.overheid.nl/BWBR009467> geldigheidsdatum 25-01-2014
- Binnenlands bestuur (2022). <https://www.binnenlandsbestuur.nl/sociaal/uitgaven-voor-jeugdzorg-blijven-stijgen>
- Blair, C., and Raver, C. C. (2015). School readiness and self-regulation: a developmental psychobiological approach. *Annu. Rev. Psychol.* 66, 711–731.
- Boer, M., van Dorsselaer, S., de Looze, M., de Roos, S. e.a. (2022). *HBSC 2021. Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland externe link*. Utrecht: Universiteit Utrecht, Trimbos instituut, Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Cameron Ponitz, C. E., McClelland, M. M., Matthews, J. M., and Morrison, F. J. (2009). A structured observation of behavioral self-regulation and its contribution to kindergarten outcomes. *Dev. Psychol.* 45, 605–619.
- CBS (2022). *Jaarrapport landelijke jeugdmonitor 2022*. <https://longreads.cbs.nl/jeugdmonitor-2022/>
- GEM (2023). *Ecosysteem Mentale Gezondheid*. Geraadpleegd op 25-4-2023 van <https://www.denieuweggz.nl/gem>
- Daamen, W. (2017). *Partnerschap met ouders: wat werkt*. Utrecht: NJI
- Downer, J., Sabol, T. J., and Hamre, B. (2010). Teacher–child interactions in the classroom: toward a theory of within- and cross-domain links to children's developmental outcomes. *Early Educ. Dev.* 21, 699–723.
- Heycop ten Ham, B. F. van, Hulsbergen, M. L. & Bohlmeijer, E. T. (2014). *Transdiagnostische factoren: Theorie en praktijk*. Amsterdam: Boom.
- Heycop ten Ham, B. F. van, Vos, B. de & Hulsbergen, M. (2017). *Praktijkboek gedrag-therapie. Handboek voor cognitieve gedragstherapeutische werkers I*. Amsterdam: Boom.
- IGJ (2021). <https://www.igj.nl/publicaties/publicaties/2021/03/15/factsheet-onvoldoende-tijdige-en-juiste-hulp-voor-jongeren-met-ernstige-psychische-problemen>
- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinszen, R., Pine, D. S., Quinn, K., ... Wang, P. (2010). Research domain criteria (RDoC): Toward a new classification framework for research on mental disorders. *American Journal of Psychiatry*, 167, 748–751. doi:10.1176/appi.ajp.2010.09091379
- Johnson, M. H. (2012). Executive function and developmental disorders: the flip side of the coin. *Trends in cognitive sciences*, 16(9), 454–457.
- Kessels, R., Eling, P., Ponds, R., Spikman, J., & Zandvoort, M. van (red.; 2017). *Klinische neuropsychologie*. Amsterdam: Boom.
- McClelland, M. M., and Cameron, C. E. (2012). Self-regulation in early childhood: improving conceptual clarity and developing ecologically valid measures. *Child Dev. Perspect.* 6, 136–142.
- McClelland, M. M., Ponitz, C. C., Messersmith, E. E., & Tominey, S. (2010). Self-regulation: Integration of cognition and emotion. In W. F. Overton and R. M. Lerner (Eds.), *The handbook of life-span development, Vol. 1. Cognition, biology, and methods* (pp. 509–553). John Wiley & Sons, Inc.
- Nederlandse Vereniging voor Gezondheidszorgpsychologie (NVGzP) en het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP). *De klinische neuro-psycholoog. Beroepsprofiel*. Utrecht: 2015, herdruk 2020.
- NJI (2019). *Het groeiend jeugdzorggebruik. Duiding en aanpak*. Yperen, T. van, A. van de Maat, J. Prakken. <https://www.nji.nl/publicaties/het-groeiend-jeugdzorggebruik>
- NJI (2023). *Andere kijk op groeiend jeugdzorggebruik. Voor een hoopvolle wereld om in op te groeien*. Yperen, T. van, K. Hofstede, R. Hageraats en A. van de Maat. <https://www.nji.nl/publicaties/andere-kijk-op-groeiend-jeugdzorggebruik>
- RIVM, Trimbos en GGD GHOR Nederland (2022). *Monitor mentale gezondheid en middelengebruik studenten hoger onderwijs 2021*. <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/af1955-monitor-mentale-gezondheid-en-middelengebruik-studenten-hoger-onderwijs/>
- RIVM, Trimbos en GGD GHOR Nederland (2022). *Effectieve interventies en beleid. Mentale gezondheid en preventie*. <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2022/04/AF1995-Effectieve-interventies-en-beleid-mentale-gezondheid-en-preventie-1.pdf>
- Rommelse, N., Tjeenk-Kalff, A., Roording-Ragetlie, S., Luman, M. (2022). *Neuropsychologisch onderzoek*. In Lindauer & Staal (Eds.), *Handboek kinder- en jeugdpsychiatrie* (pp 126-139). Boom Uitgever Amsterdam
- Smit, F., Driessen, G. Sluiter, R. & Brus, M. (2007). *Ouders, scholen en diversiteit. Ouderbetrokkenheid en -participatie op scholen met veel en weinig achterstandsleerlingen*. Nijmegen: ITS, Radboud Universiteit Nijmegen
- Swaab, H., Bouma, A., Hendriksen, J., & König, C. (red.; 2016). *Klinische kinderneuropsychologie*. Amsterdam: Boom.
- Van Drunen, P. (2011). *De gz-psycholoog en de wet-BIG*. In: M. Verbraak e.a. (red.), *Handboek voor gz-psychologen*. Amsterdam: Boom.
- Van Meersbergen, D.Y.A, de Die, M., Dute, J., Kastelein, W., van Veen, E. B. (red.; 2012). *Beroepenwetgeving gezondheidszorg 2012/2013*. Houten: BSL.
- Van Sleuwen, W., Heyne, D. (2020). *Schoolverzuim aanpakken: een wetenschappelijke onderbouwing*. <https://www.nji.nl/publicaties/schoolverzuim-aanpakken-een-wetenschappelijke-onderbouwing>
- Van Spronsen M and van Os J. *We zijn God niet. Een pleidooi voor een nieuwe psychiatrie van samenwerking*. Amsterdam en Leuven: Lannoo-Campus, 2021.
- Vergunst F, Tremblay R.E., Nagin D., Zheng Y., Galera C., Park J., Beasley E., Algan Y., Vitaro F., Côté S. M. (2019). Inattention in boys from low-income backgrounds predicts welfare receipt: a 30-year prospective study. *Psychological Medicine*, 4, 1-9.
- Volksgesondheid en Zorg info. Geraadpleegd op 25-04-2023. <https://www.vzinfo.nl/preventie/wat-is-preventie>
- Vygotsky, L.S. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*, Cambridge, p. 86 (vertaling: L. Verhofstadt-Denève, A. Vyt & P. Van Geert, *Handboek ontwikkelingspsychologie. Grondslagen en theorieën*, Houten, 1991, p. 168.).